

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SZKODY Z UBEZPIECZENIA OCHRONY PRAWNEJ

Proszę dokładnie i czytelnie wypełnić stosowne rubryki formularza, a następnie przesłać podpisany formularz e - mailem na adres lex@corislex.pl lub pocztą na adres Coris Lex Services, Saski Crescent ul. Królewska 16, 00-103 Warszawa

1. Towarzystwo Ubezpieczeń z którym zawarto ubezpieczenie Ochrony Prawnej:

2. Nazwa ubezpieczenia Ochrony Prawnej:

3. Numer polisy Ochrony Prawnej:

4. Okres ubezpieczenia w/w polisy Ochrony Prawnej:

od: ____ - ____ - _____	do: ____ - ____ - _____
-------------------------	-------------------------

5. Czy w/w polisa jest kontynuacją (wznowieniem) wcześniejszego ubezpieczenia?

Nie Tak

Nr polisy: _____	Dodatkowe klauzule: _____
Okres obowiązywania: od: ____ - ____ - _____ do: ____ - ____ - _____	

6. Ubezpieczający (podmiot zawierający umowę ubezpieczenia z Towarzystwem Ubezpieczeń):

Imię i nazwisko lub nazwa firmy: _____		
NrPESEL: _____	NrREGON: _____	
Ulica, nr domu (mieszkania): _____		
Miejscowość: _____	Kod pocztowy: _____	Poczta: _____
Telefon: _____	Faks: _____	E-mail: _____

7. Ubezpieczony (osoba wymieniona na polisie, uzupełnić jeżeli jest to inna osoba niż Ubezpieczający):

Imię i nazwisko lub nazwa firmy: _____		
NrPESEL:		NrREGON:
Ulica, nr domu (mieszkania): _____		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Poczta:
Telefon:	Faks:	E-mail:

8. Beneficjent (osoba upoważniona do odbioru odszkodowania, uzupełnić tylko jeżeli podmiot inny niż Ubezpieczony):

Imię i nazwisko lub nazwa firmy: _____		
NrPESEL/REGON:		Nr i nazwa dowodu tożsamości lub NIP jeżeli jest to firma: _____
Ulica, nr domu (mieszkania): _____		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Poczta:
Telefon:	Faks:	E-mail:

9. Osoba wyznaczona do kontaktu (uzupełnić tylko jeżeli jest to osoba inna niż Beneficjent):

Imię i nazwisko: _____		
NrPESEL:		
Ulica, nr domu (mieszkania): _____		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Poczta:
Telefon:	Faks:	E-mail:

10. Dane konta bankowego na jakie ma zostać wypłacone odszkodowanie:

Nazwa banku: _____
Nr rachunku: _____

11. Czy udzielono już pełnomocnictwa w niniejszej sprawie adwokatowi lub radcy prawnemu?

Nie Tak

Nazwa kancelarii

Imię i nazwisko pełnomocnika:

Adres:

Telefon:

Faks:

E-mail:

12. Czy chce Pan/Pani abyśmy polecieli adwokata lub radcę prawnego praktykującego w miejscu zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego bądź w miejscu zawiąznięcia sporu, specjalizującego się w danej dziedzinie prawa?

Nie Tak, w miejscu: _____

13. Charakter interesu prawnego Ubezpieczonego:

obrona przed roszczeniami dochodzenie roszczeń inne: _____

14. Etap sprawy:

przedsądowy arbitrażowy lub polubowny sądowy egzekucyjny

15. Rodzaj toczącego się postępowania:

cywilne kame dyscyplinarne administracyjne egzekucyjne inne: _____

16. Czy Ubezpieczony posiada inne ubezpieczenie Ochrony Prawnej?

Nie Tak

Towarzystwo Ubezpieczeń:

Nazwa i nr polisy:

Okres obowiązywania polisy:

od: ____ - ____ - ____

do: ____ - ____ - ____

17. Czy szkoda została już zgłoszona do jakiegokolwiek Towarzystwa Ubezpieczeń z innej polisy?

Nie Tak

Towarzystwo Ubezpieczeń:

Nazwa i nr polisy:

Nr szkody:

18. Data i miejsce zaistnienia zdarzenia powodującego konieczność skorzystania z Ochrony Prawnej:

Data: ____-____-____	Godzina: ____-____	Dokładne określenie miejsca: _____
-------------------------	-----------------------	---------------------------------------

19. Data i miejsce powstania szkody (uzupełnić tylko jeżeli jest inna niż powyżej):

Data: ____-____-____	Godzina: ____-____	Dokładne określenie miejsca: _____
-------------------------	-----------------------	---------------------------------------

20. Data i sposób zgłoszenia roszczenia (uzupełnić tylko jeżeli jest inna niż powyżej):

Data: ____-____-____	Godzina: ____-____	Sposób w jakim Ubezpieczony dowiedział się o zdarzeniu: _____
-------------------------	-----------------------	--

21. Na czym polega spór prawny?

_____ _____ _____

22. Zwięzły opis przyczyn i okoliczności powstania zdarzenia oraz podstaw faktycznych sporu:

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

23. Wartość spornego roszczenia:

24. Szacunkowa wartość kosztów ochrony interesu prawnego Ubezpieczonego:

25. Czy zgłoszone roszczenie pozostaje w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą Ubezpieczonego?

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

26. Czy Ubezpieczony jest płatnikiem podatku VAT?

<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak



Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń wskazane w pkt. 1 formularza, z którym zawarto umowę ubezpieczenia Ochrony Prawnej (Administradora danych) w celu prowadzenia procesu likwidacji zgłoszonej przez Panią/Pana szkody. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia i realizacji zgłoszenia szkody. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na korespondencję drogą mailową, w tym na otrzymywanie decyzji ubezpieczeniowych w sprawie ochrony prawnej za pośrednictwem poczty e-mail, na adres mailowy:

Ja, niżej podpisana(/y) oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i posiadanym stanem wiedzy uzyskanym zgodnie z zasadami należytej staranności. Jestem świadoma(/y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 Kodeksu karnego. W razie zmiany jakichkolwiek wymienionych w formularzu okoliczności lub danych zobowiązuje się bezzwłocznie powiadomić o tym Towarzystwo Ubezpieczeń.

Podpis

Miejscowość i data